

GROUPE SCOLAIRE SAINT AMBROISE
11 Passage Saint Ambroise
75011 PARIS
Tél. : 01.47.00.79.12

Fiche récapitulative Ecole

(La réception du document signé validera votre accord)

Je soussigné(e), Madame, Monsieur _____

Responsable légal de l'enfant _____ classe : _____

PRIS CONNAISSANCE

Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance pour celui-ci (cocher)

- des projets (projet pastoral, éducatif et pédagogique) de l'établissement
- du règlement intérieur
- des horaires et du calendrier du groupe scolaire
- des conditions financières de l'établissement (montants, modalités de règlement, calendrier)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Paiement de la scolarité (cocher si nécessaire)

- J'opère le choix du prélèvement (dans l'affirmative je joins les annexes correspondantes attachées à ce document).

Services périscolaires :

1) **Demi-pension** (cocher)

Mon enfant sera :

- Externe
- Demi-pensionnaire. Il déjeunera alors le
Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Cet engagement est reconduit tacitement. Les éventuels changements s'opèrent périodiquement (entre deux périodes de vacances).

2) **Etude dirigée ou garderie** (cocher)

- Sans objet
- Mon enfant se rendra à l'étude ou à la garderie pour les élèves de maternelle
1jour/semaine 2 jours/semaine 3 jours/semaine 4 jours/semaine
Les jours retenus étant le
Lundi Mardi Jeudi Vendredi
Attention l'engagement est trimestriel et les jours sont fixés.

AUTORISATION

Autorise les personnes dont les noms suivent à venir chercher mon enfant.

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

NB : Les enfants sont remis en main propre à leurs parents ou aux personnes autorisées. En dehors de celles-ci, toute personne étrangère à la famille devra être munie d'une autorisation écrite des parents pour pouvoir récupérer l'enfant.

DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) _____
autorise, Monsieur le Directeur à prendre, en cas d'urgence, **toutes décisions** de transport,
d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitées par l'état de santé de mon enfant : en
classe de :

Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité, soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint), soit
d'obtenir l'avis de notre médecin de famille :

Docteur :

Téléphone :

Paris le :

Signature des parents :

GROUPE SCOLAIRE SAINT AMBROISE
11 Passage Saint Ambroise
75011 Paris
Tél. : 01.47.00.79.12

ANNEXE 1

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

· Je soussigné(e), détenteur(trice) du compte bancaire, autorise l'O.G.E.C. Saint Ambroise (Groupe Scolaire Saint Ambroise) à prélever sur mon compte bancaire ou postal les **sommes** correspondantes à **toutes les contributions scolaires** de l'élève ou des élèves :

Nom :

Prénom(s) : Classe(s) :

.....

.....

Je m'engage à informer le GS Saint Ambroise de tout changement dans mes coordonnées bancaires ou postales

Fait à :

Le :

Signature :

▪ Calendrier

DATES D'ENVOI	DATES DE PRELEVEMENT
30 septembre 2020	8 Octobre – 9 Novembre – 8 Décembre
13 décembre 2020	8 Janvier – 8 Février – 8 Mars
26 mars 2021	8 Avril – 9 Mai – 8 Juin

· Pièces à joindre obligatoirement à cette autorisation :

- **Mandat de prélèvement SEPA** (Annexe 2) dûment rempli et signé
- **1 R.I.B.** (Relevé d'Identité Bancaire).

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat (RUM)

Mandat de prélèvement
SEPA

SEPA

Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'O.G.E.C. Saint Ambroise à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte, conformément aux instructions de l'O.G.E.C. Saint Ambroise.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

DEBITEUR

CREANCIER

Nom	:	OGEC Saint Ambroise
Adresse	:	11 Passage Saint Ambroise
CP/Ville	:	75011 Paris
France		France
IBAN	:	
BIC	:	Paiement : Récurrent/répétitif

A : Le :

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat

Merci de coller votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB)
(Comportant vos numéros IBAN et BIC)

A nous retourner dûment complété avant le **Vendredi 04 Septembre 2020**.